

※市記入

受給者番号	
-------	--

乳幼児 医療費受給者証交付申請書

裾野市長様

令和 年 月 日

下記のとおり、乳幼児医療費受給者証の交付を申請します。

住所： 裾野市

なお、静岡県の補助金の交付を受けるため、児童手当の受給状況、
所得状況また助成のための関係機関への確認に同意します。

申請者

氏名：

記

受給者 (乳幼児)	フリガナ					(以下は保険証コピー添付により記入省略可)					
	氏名					被保険者氏名					
	生年月日	平成・令和	年	月	日	被保険者証		記号	番号	番号	
保護者	住所	裾野市				加入 (予定) 医療保険	<input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部 <input type="checkbox"/> ()国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> ()共済組合()支部 <input type="checkbox"/> 裾野市国保 <input type="checkbox"/> その他()				
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					保険者番号				
	電話番号	— —									
	こどもとの続柄	父 ・ 母 ・ その他()									

※市記入

発行済 スタイ(出生のみ)
